

Den sökandes uppgifter	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	Postnummer och postanstalt
	E-postadress	Telefon
	Anhörigs/vårdnadshavarens kontaktuppgifter	
	Intressebevakarens kontaktuppgifter	
	Civilstånd <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift / Sambo / Registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Änka/Änkling	
	Boende <input type="checkbox"/> Jag bor ensam <input type="checkbox"/> Jag bor hos mina föräldrar/anhöriga <input type="checkbox"/> Jag bor i en bostadsenhet <input type="checkbox"/> Jag bor tillsammans med _____	
Diagnoser och funktionsförmåga	Diagnoser	
	Beskrivning av olägenheten som skadan eller sjukdomen orsakar och den sökandes behov av stöd	
Service och stödtjänster som ansöks	<input type="checkbox"/> Boendeservice _____ <input type="checkbox"/> Arbets- eller dagverksamhet _____ dagar/vecka <input type="checkbox"/> Korttidsvård: <input type="checkbox"/> På Koskikoti <input type="checkbox"/> I familjevård <input type="checkbox"/> Annan plats _____ Mängd som ansöks och motiveringar: <input type="checkbox"/> Annan tjänst eller stödform, vad?	

Mer information	Mer information och motivering kopplat till tjänsten eller stödtjänsten som ansöks	
Förslag till familjevårdare	Efternamn och förnamn	Telefon
	Adress	Postnummer och postanstalt
	E-postadress	
Den sökandes samtycke och underskrift	<p>Jag ger mitt samtycke till, att arbetstagaren får be om/skaffa nödvändiga uppgifter för behandlingen av ert ärende från Åbo stads välfärdssektors social- och hälsovårdsregister</p> <ul style="list-style-type: none"> • äldreomsorgens register • socialarbetets register för vuxna och barnfamiljer • kundregister för utkomststöd • missbrukartjänsternas register <p>samt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Åbo stads bildningssektors kundregister för småbarnspedagogik • Specialomsorgsdistrikt • Folkpensionsanstalten • Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts och kommunala hälsovårdens gemensamma patientuppgiftsregister (Altti). • försäkringsbolag <p>Samtycke till anskaffning av nödvändiga uppgifter för behandling av ansökan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Annat organ (arbetstagare lägger vid behov till) <p>Samtycket gäller under tiden som ert ärende behandlas och upphör automatiskt när tjänsten har avslutats. Om era uppgifter behövs efter detta, kommer man igen att begära om ert samtycke. Över begäran om uppgifter och skaffning görs en markering i handikappservicens kundregister. Om man behöver uppgifter från andra personregister till behandlingen av ansökan kommer man att begära om ett separat samtycke för anskaffning av uppgifter. Kunden har rätt att upphäva sitt givna samtycke under vilken tid som helst under ärendets behandling.</p> <p>Enligt 20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården är statliga och kommunala myndigheter samt andra offentligrättsliga samfund, folkpensionsanstalten, pensionskyddscentralen, pensionsstiftelser och andra pensionsanstalter, försäkringsanstalter, utbildningsanordnare, producenter av socialservice, sammanslutningar och verksamhetsenheter som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att på begäran av en socialvårdsmyndighet avgiftsfritt och utan hinder av sekretessbestämmelserna lämna till denna sådana uppgifter och utredningar som de förfogar över och som i väsentlig grad inverkar på en klientrelation inom socialvården och som är nödvändiga för myndigheten på grund av dess lagstadgade uppgifter att utreda klientens behov av socialvård, för att ordna socialvård och genomföra därtill anknutna åtgärder samt för att kontrollera uppgifter som lämnats till myndigheten.</p> <p><input type="checkbox"/> Samtycker <input type="checkbox"/> Samtycker inte</p> <p><input type="checkbox"/> Vid behov får beslutet skickas till serviceproducenten.</p> <p>Jag är medveten om att mina uppgifter registreras i Åbo stads välfärdssektors kundregister. Kunden har rätt att kontrollera kundregisteruppgifter om sig själv genom att uppvisa en undertecknad förfrågan till registerhållaren (Personuppgiftslagen 26 § ja 28 §)</p> <p>____ / ____ 20____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Den sökandes eller hans eller hennes representants underskrift</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Namnförtydligande</p>	
Bilagor till ansökan	<input type="checkbox"/> Rehabiliterings- eller serviceplan <input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Annat expertutlåtande	